



В. Г. Карпенко,
Н. М. Пасиешвили

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ «ОСТРОГО ЖИВОТА» У БЕРЕМЕННЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

© Карпенко В. Г. Пасиешвили Н. М.

Резюме. Проблема диагностики «острого живота» при беременности представляет определенные трудности, как для акушера-гинеколога, так и для хирурга. В статье представлен анализ случаев наиболее часто встречающейся хирургической патологии, с которой были госпитализированы беременные женщины в хирургический стационар, и рассмотрены лабораторно-диагностические, клинико-тактические вопросы острого аппендицита и острой кишечной непроходимости при беременности.

Ключевые слова: беременность, аппендицит, кишечная непроходимость, «острый живот».

Введение

Проблема диагностики «острого живота» при беременности представляет определенные трудности, как для акушера-гинеколога, так и для хирурга. Прежде всего, это связано с физиологическими изменениями, происходящими в организме беременной женщины. При беременности снижается болевой порог и защитная реакция организма на воспалительный процесс. За счет роста матки смещаются органы брюшной полости и диафрагма, что в свою очередь ведет к изменению типичной локализации симптомов той или иной хирургической патологии. Необходимо отметить, что для физиологически протекающей беременности характерно гипотония гладкой мускулатуры, повышение температуры до субфебрильных цифр за счет повышения уровня прогестерона в организме, повышение СОЭ и лейкоцитов крови.

Ряд симптомов акушерской патологии могут маскировать острую хирургическую патологию. В первой половине беременности проявлением токсикоза является тошнота и рвота, зачастую неукротимая, а проявлением преэклампсии тяжелой степени может быть острая боль в эпигастрии, тошнота и рвота, для угрожающего аборта характерна схваткообразная боль в гипогастральной области живота. И как результат атипичное течение острой хирургической патологии, а следовательно высокая частота диагностических ошибок, необоснованная выжидательная тактика в принятии решения в пользу хирургического вмешательства, что представляет угрозу жизни, как для матери, так и внутриутробного плода.

Цель работы

Определении клинико-диагностических особенностей течения наиболее часто встречающейся острой хирургической патологии у беременных.

Материалы и методы исследований

Выполнен частотный анализ и изучена нозологическая структура острой хирургической патологии.

Все беременные с хирургической патологией были госпитализированы в хирургические отделения многопрофильной Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова (ХГКБСНМП им. проф. А.И. Мещанинова) на базе которой расположена кафедра акушерства, перинатологии и гинекологии ХМАПО.

За 5 летний период (2010–2014) проведен анализ историй болезни 632 беременных с различной хирургической патологией (табл. 1).

Таблица 1

Распределение беременных по диагнозам при госпитализации в хирургические отделения больницы

№ п/п	Диагноз при госпитализации	Количество беременных	
		абс.	%
1	Острый аппендицит.	234	37,0
2	МКБ. Почечная колика. Острый пиелонефрит.	138	21,8
3	Язвенная болезнь желудка. Острый гастрит	54	8,5
4	Острый холецистит	38	6,0
5	Острый панкреатит	21	3,3
6	Спаечная болезнь. Острая кишечная непроходимость	9	1,4
7	Острый гастродуоденит на фоне алкогольной интоксикации	3	0,4
8	Ущемленная пупочная грыжа	1	0,2
9	Другая хирургическая патология: инородное тело пищевода гортани; инородное тело прямой кишки; тромбоз вен таза, илеофemorальный тромбоз; копростаз; острый цистит: кишечная колика, дискинезия кишечника; лимфаденит; рваная рана нижней конечности; кровотечение из геморроидальных узлов	133	21,0
10	Итого	632	100

Результаты исследований и их обсуждение

Согласно табл. 1 видно, что наиболее частой патологией, с которой госпитализированы беременные женщины, были острый аппендицит (37 %), мочекаменная болезнь (МКБ), почечная колика, острый пиелонефрит (21,8 %), язвенная болезнь желудка, острый гастрит (8,5 %) и острый холецистит (6,0 %).

В отделениях при поступлении было проведено в полном объеме клинико-лабораторное обследование в динамике, ультразвуковое обследование органов брюшной полости и малого таза, осмотр смежных специалистов: акушера-гинеколога, уролога, нефролога, терапевта, в исключительных случаях была проведена обзорная Re-графия брюшной полости с пассажем бария и фиброгастродуоденоскопия.

После обследования и установления клинического диагноза было прооперировано 68 беременных по поводу острой хирургической патологии, что составило 10,7 % от общего числа поступивших беременных (табл. 2).

Таблица 2

Распределение беременных по заключительным диагнозам, которые были установлены во время оперативного вмешательства

№ п/п	Заключительный диагноз	Количество беременных		Проведенный средний койко/день
		абс.	%	
1	Острый катаральный аппендицит	6	8,8	7
2	Острый флегмонозный аппендицит	29	42,6	7,3
3	Острый гангренозный аппендицит	5	7,3	8,2
4	Острый перфоративный аппендицит	3	4,4	8,4
5	Острая кишечная непроходимость (странгуляционная)	4	5,8	8,3
5	Острая кишечная непроходимость (инвагинация)	1	1,5	15,0
7	Инфильтрат брюшной полости (после аппендэктомии)	1	1,5	14,0
8	Ущемленная предбрюшинная липома	1	1,5	4,0
9	Острый гнойный мастит	1	1,5	7,0
10	Остеосинтез костей таза	1	1,5	10,0
11	Острый парапроктит	1	1,5	3,0
12	Острый флегмонозный холецистит	1	1,5	8,0
13	Стентирование мочеточника	12	1,5	3,8
14	Кровотечение из геморроидальных узлов	1	1,5	6,0
15	Абсцесс бедра	1	1,5	4,0
16	Итого:	68	100	

Срок беременности прооперированных беременных варьировал от 5-6 недель беременности до 39, а средний возраст составил (24±0,4) года.

Учитывая тот факт, что наиболее частой патологией, по поводу которой, было произведено оперативное вмешательство, был острый аппендицит и ОКН у беременных, то хотелось бы остановиться на особенностях клинического течения и диагностике данной патологии.

Острый аппендицит. Несмотря на снижение летальности от острого аппендицита с 3,9 до 1,1 % [4], летальность остается выше, чем у не беременных 0,25 % [6]. Чем больше срок беременности, тем выше летальность. В ранние сроки беременности летальность не превышает 0,3 %, а в поздние достигает 30 %.

Гипотония гладкой мускулатуры, которая свойственна периоду беременности, распространяется и на червеобразный отросток. Это способствует застою содержимого в отростке, нарушению кровообращения во внутристеночных сосудах, размножению бактерий, проникновению их в стенку аппендикса и развитию воспалительного процесса в нем [8]. С 20-22 недель беременности аппендикс со слепой кишкой оттесняются маткой, смещаясь кверху и кзади, что меняет типичную локализацию болей. Это затрудняет диагностику, что приводит к запоздалому установлению диагноза и госпитализации беременной в хирургический стационар.

Практически самым постоянным симптомом при остром аппендиците является так называемая закономерность Мерфи (J.V. Murphy, 1904): появление тошноты, рвоты, которая не приносит облегчения и появление тупой боли в эпигастрии — симптом Кохера (T. Kocher, 1892) [2, 3].

У беременных отмечается тахикардия, язык суховат, обложен у корня белесоватым налетом, появляется общая слабость, адинамия, которая прогрессирует, что свидетельствует о нарастании интоксикации. Боль носит постоянный характер, которая смещается в правую подвздошную область с окончательной локализацией — симптом Кохера—Волковича (T. Kocher, 1892; Н. М. Волкович, 1926). Однако необходимо обратить внимание, что локализация боли может быть не в точке Мак-Бурнея (Ch. McBurney, 1889), а несколько выше, особенно при больших сроках беременности, после 22 недель беременности, из-за смещения слепой кишки беременной маткой кверху, а так же появление гипертермии и лейкоцитоза.

При дальнейшем обследовании определяется ряд положительных симптомов: симптом Щеткина—Блюмберга (Д. С. Щеткин, 1908; М. Blumberg, 1907) для которого характерно резкое усиление боли при быстром отнятии руки врача от правой подвздошной области (передней брюшной стенки); симптом Яворского—Островского (W. Jaworski, 1908; М.И. Остров-



ский, 1952) — беременная, лежа на спине, поднимает правую ногу вверх, а врач препятствует ей, сдерживая ногу в области коленного сустава. При этом боль в правой подвздошной области усиливается; симптом Отта—Ортнера—Розенштейна—Ситковского (П. П. Ситковский, 1922; I. Ott, 1878; N. Ortner, 1917; P. Rosenstein, 1920) — при повороте беременной на левый бок из положения, лежа на спине или в положении на левом боку беременная испытывает усиление тянущей боли в правой подвздошной области; симптом Менделя—Мерфи—Раздольского (И. Я. Раздольский, 1930; F. Mendel, 1903; J. V. Murphy, 1904;) — при поколачивании пальцами по передней брюшной стенке возникает усиление болей в правой подвздошной области [2, 3].

При малых сроках беременности, первый триместр, когда матка еще выполняет полость малого таза, практически всегда присутствуют симптомы: Воскресенского (В. М. Воскресенский, 1940). Синоним: симптом рубашки — рубашка беременной натягивается на передней стенке живота левой рукой врача, а кончиками пальцев правой руки врач делает скользящие движения по рубашке по направлению из эпигастриальной области в правую подвздошную область и обратно. То же делает и в левой подвздошной области. При скольжении сверху вниз возникает боль в правой подвздошной области. Симптом де Френелля (D. De Frenell, 1928) — усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации от пупка по направлению к правой подвздошной области. Симптом Бартомье—Михельсона (Ф. Г. Михельсон, 1911; V. Barthomier, 1906) — в положении беременной на левом боку врач пальпирует ее правую подвздошную область, что вызывает резкое усиление болезненности за счет смещения тонкого кишечника вправо и приближения слепой кишки и червеобразного отростка к передней брюшной стенке. Симптом «триада Дьелафуа» (G. Dieulafoy, 1898) — при пальпации правой подвздошной области определяется триада признаков: боль, мышечное напряжение, гиперестезия, данный симптом связан с воспалением брюшины [2, 3].

Частой причиной диагностических ошибок является ретроперитонеальное расположение аппендикса, который принимают за острый пиелонефрит. Для забрюшинного расположения аппендикса дополнительные симптомы это: симптом Доннелли (J. Donnelly, 1933) — появление боли при надавливании в точке Мак-Бурнея в момент разгибания беременной правой ноги, симптом Вольфа (H. Wolf, 1911) — беременная, прохаживаясь, хромает на правую ногу. Симптом Габая (А. В. Габай, 1937) — симптом раздражения брюшины в области

Петитова треугольника: при надавливании беременная ощущает боль, а при резком отрыве руки происходит усиление боли. Симптом Яуре—Розанова (Г. Г. Яуре, 1924, В. Н. Розанов, 1927) — при надавливании в области Петитова треугольника беременная ощущает боль. При ректальном исследовании определяется болезненность по задней стенке прямой кишки из-за вовлечения в воспалительный процесс тазовой клетчатки и брюшины — симптом Роттера (J. Rotter, 1911) [2, 3]. Влагалищное исследование позволяет определить наличие инфильтрата в правой подвздошной области или болезненность — симптом Грубе (K. Grube, 1918) [2, 3]. При одновременном исследовании беременной из трех точек: влагалище, прямая кишка и передняя брюшная стенка (Д. О. Отт, 1896) дает возможность более точно определить локализацию инфильтрата в правой подвздошной области. Так же позволяет провести дифференциальную диагностику между такой патологией как перекрут ножки кисты справа или нарушение питания низко расположенного субсерозного, интрамурального фиброматозного узла или другим объемным образованием малого таза.

Перитониальные симптомы развиваются поздно, при распространении воспалительного процесса на тазовую клетчатку и брюшину малого таза. Клинически всегда присутствуют признаки интоксикации, в клиническом анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, наличие токсической зернистости нейтрофилов.

При анализе историй болезни было установлено, что поставить диагноз острого аппендицита более сложно при сроке беременности более 15 недель, что приводит, к более позднему оперативному лечению, спустя 24–72 часа, о чем свидетельствует более тяжелая степень деструкции аппендикса (табл. 3).

Таким образом, согласно табл. 3, 26 беременных были прооперированы с тяжелыми деструктивными формами аппендицита, что составило 60,4 % от числа прооперированных по поводу острого аппендицита.

Особенно трудно поставить диагноз в I и II периодах родов. В послеродовом периоде, часто допускается ошибка, принимая острый аппендицит за метроэндометрит.

Основной тактикой лечения острого аппендицита является, безусловно, оперативное лечение. До 15–16 недель предпочтение отдают лапароскопии.

При наличии аппендикулярного инфильтрата беременную ведут консервативно. При абсцедировании прибегают к оперативному лечению.

Приоритетным методом родоразрешения после аппендэктомии является ведение родов per vias [6, 7].

Таблиця 3

Степень деструкції апендикса в залежності від строка
беременності

№ п/п	Заключительный диагноз	Срок беременности	Количество беременных абс. (%)
1.	Острый катаральный аппендицит	5-6 недель	2
		7-8 недель	1
		9-10 недель	1
		13-14 недель	1
		18-19 недель	1
		Всего:	6 (13,9)
2.	Острый флегмонозный аппендицит	6-7 недель	3
		10-11 недель	4
		12-14 недель	4
		15-17 недель	6
		21-25 недель	6
		27-28 недель	1
		30-31 неделя	4
		34-35 недель	1
		Всего:	29 (67,4)
3	Острый гангренозный аппендицит	5-6 недель	2
		7-8 недель	1
		18-19 недель	1
		Всего:	4 (9,3)
4	Острый перфоративный аппендицит	22-23 недели	1
		30-31 неделя	1
		32-33 недели	1
		39неделя	1
		Всего:	4 (9,3)

Острая кишечная непроходимость (ОКН). Следующей наиболее часто встречающейся хирургической патологией при которой производилось оперативное вмешательство была острая кишечная непроходимость, которая составила 5 случаев — 7,3 % от всех поступивших беременных.

Частота данной патологии возрастает от хирургической активности. Во время беременности частота ОКН увеличивается в 2–3 раза, особенно в III триместре [9]. Летальность больных с ОКН составляет от 3 до 18 %, а у беременных увеличивается до 35–50 %. Мертворождаемость достигает 60–75 %. По данным Э.К. Айламазяна и соав. (1995) материнская летальность составила 4,7 %, а мертворождения были в 28 % из 64 случаев [1]. В наших наблюдениях исход во всех случаях был благоприятным, как для матери, так и плода.

Различают динамическую и механическую кишечную непроходимость. Динамическая кишечная непроходимость в свою очередь делится на спастическую и паралитическую, а механическая на обтурационную, странгуляционную и смешанную [9]. При механической кишечной непроходимости в пораженной части кишки происходит нарушение кровообращения и в дальнейшем некроз пораженного участка кишки.

Чаще всего у беременных развивается странгуляционная ОКН, в анамнезе которых были оперативные вмешательства на органах брюшной полости или малого таза, как правило, после 15–16 недель беременности, когда матка выходит из малого таза и подтягивает вверх петли кишечника за счет спаечного процесса.

Клинически характерны сильные схваткообразные боли в мезогастрии, симптом Шланге (видимая перистальтика), ассиметрия живота, положительный симптом Валя (локальный метеоризм или выпячивание проксимального отдела кишечника), симптом Кивуля (высокий тимпанит над областью вздутия). Аускультативно выслушиваются резонирующая перистальтика, симптом Склярова (шум плеска в области приводящей кишки), симптом Спасокукоцкого–Вильмса (шум падающей капли) [5]. При длительно текущем процессе, так называемом «запущенном» процессе, когда происходит некроз участка кишки, аускультативно наступает «мертвая тишина» — парез кишечника [5, 9]. Имеет место задержка стула и газов, нарастает интоксикация. На рентгенограмме видны чаши Клойбера, взвесь сульфата бария задерживается в желудке и в начальных отделах тонкого кишечника, маятникообразно перемещаясь в раздутых петлях тонкого кишечника. В клиническом анализе крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов при нарастании признаков перитонита.

Обычно беременные с ОКН в хирургический стационар поступают поздно. Первоначально беременных госпитализируют в родовспомогательные учреждения, где рвоту принимают за отравление, спастические боли за начавшуюся родовую деятельность, назначается консервативная инфузионная терапия, которая не приносит желаемого результата, состояние их усугубляется за счет обезвоживания, нарастания интоксикации и катастрофы в брюшной полости, а именно некроза участка тонкой кишки. При развитии клинических симптомов перитонита беременных переводят в хирургический стационар для дальнейшего обследования и лечения. Необходимо отметить, что именно перитонит является основной причиной материнской смерти при ОКН.

Согласно данным табл. 3 в нашу клинику было доставлено из родовспомогательных учреждений 5 беременных в сроке 15–29 недель с диагнозом ОКН после консультативного осмотра хирурга. В хирургическом отделении больницы после дополнительного клинико-лабораторного и рентгенологического обследования все беременные были прооперированы. Во время операции в 4 случаях диагноз странгуляционной кишечной непроходимости был подтвержден и в одном случае был поставлен диагноз ОКН за счет участка тонкокишечной инвагинации (смешанная форма). Во время операции была произведена резекция некротизированного участка тонкой кишки во всех 5 случаях с последующей трансанальной ин-



тубацией кишечника и дренированием брюшной полости по Петрову. Беременность при этом была сохранена у всех женщин. Согласно катамнезу, родоразрешение произведено через естественные родовые пути в сроке родов у всех 5 беременных.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом, панкреатитом, холециститом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и с такой акушерской патологией, как отслойка нормально расположенной плаценты.

Выводы

Все беременные женщины с подозрением на острую хирургическую патологию должны быть осмотрены как хирургом, так и акушером-гинекологом с целью проведения дифдиагностики.

При обследовании и осмотре беременной женщины необходимо помнить, что наличие беременности, особенно большого срока, может «смазывать» клинические проявления хирургической патологии, что приводит к позднему оперативному лечению и развитию осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Особенности терапевтической и акушерской тактики при острой кишечной непроходимости у беременных / Э. К. Айламазян, И. И. Семенова, В. А. Старовойтов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1995. — Т. 1, № 3. — С. 42–48.
2. Пронин В. А. Диагностика острого аппендицита / В. А. Пронин, В. В. Бойко // Медицина неотложных состояний. — 2008. — № 5(18). — С. 75–86.
3. Пронин В. А. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия / В. А. Пронин, В. В. Бойко. — Харьков : СИМ. — 2007. — 258 с.
4. Репина М. А. Аппендицит и беременность / М. А. Репина, Э. Д. Ходжиева // Акушерство и гинекология. — 1983. — № 10. — С. 69–72.
5. Савельев В. С. Клиническая хирургия : Национальное руководство в 3 т. / В. С. Савельев, А. И. Кириенко. — М. : ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 229–257.
6. Савельева Т. М. Справочник по акушерству и гинекологии / Т. М. Савельева. — М. : МИА. — 2006. — 720 с.
7. Серов В. Н. Руководство по практическому акушерству / В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. — М. : МИА. — 1997. — 436 с.
8. Острый аппендицит и беременность / А. Н. Стрижаков, Т. Г. Старкова, М. В. Рыбина, Ю. А. Самойлов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2006. — Т. 5, № 6. — С. 54–61.
9. Хворостухина Н. Ф. Острая кишечная непроходимость при беременности / Н. Ф. Хворостухина, У. В. Столярова // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 10 (1). — С. 168–175.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ «ГОСТРОГО ЖИВОТА» У ВАГІТНИХ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*В. Г. Карпенко,
Н. М. Пасієшвілі*

CLINICAL FEATURES OF «ACUTE ABDOMEN» IN PREGNANT WOMEN IN SURGICAL PRACTICE

*V. G. Karpenko,
N. M. Pasiashvili*

Резюме. Проблема діагностики «гострого живота» при вагітності являє певні труднощі як для лікаря акушера-гінеколога, так і хірурга. У статті надано аналіз випадків найбільш поширеної хірургічної патології, з якою було госпіталізовано вагітних жінок в хірургічній стаціонар та розглянуто лабораторно — діагностичні, клініко-тактичні питання гострого апендициту та гострої кишкової непрохідності у вагітних жінок.

Ключові слова: вагітність, апендицит, кишкова непрохідність, «гострий живіт».

Summary. The problem of diagnosis of ‘acute abdomen’ presents certain difficulties for the gynecologist and surgeon. The article presents an analysis of the most common surgical pathology, with which pregnant women were hospitalized in the surgical hospital, and we have considered laboratory and diagnostic, clinical and tactical issues of acute appendicitis and acute intestinal obstruction in pregnancy.

Key words: pregnant women, appendicitis, acute intestinal obstruction, «acute abdomen».